

Omar Ahmed-Abenza

Doctorando. Instituto de Derechos Humanos, Departamento de Derecho Internacional Público. Universidad de Valencia

Correo: omarahmedabenza@gmail.com

Gobernanza y derecho a la salud en el noroeste de Siria

Resumen

Este artículo destaca i) la falta de respeto al derecho a la salud que se vive en el conflicto sirio, y ii) el impacto que el peso político del mismo tiene en la respuesta médico-humanitaria, cuya misión es precisamente la de asistir a la población en materia sanitaria y garantizar así los mínimos que el derecho a la salud exige.

Nos centraremos en dos cuestiones: 1) en el incumplimiento del derecho a la salud en el conflicto sirio, y 2) en dilucidar la capacidad del sistema existente de respuesta médico-humanitaria de salvaguardar el derecho a la salud. Las hipótesis confirmadas son: primero, que el derecho a la salud sufre una grave falta de respeto debido a tratarse de un conflicto altamente politizado; y segundo, que el peso político que recae sobre el sistema de gobernanza de la respuesta sanitaria impide que este minimice el incumplimiento del derecho a la salud.

La confirmación de ambas hipótesis ha sido fruto de una metodología que combina, por un lado, la observación directa y el conocimiento del terreno del autor. Este ha trabajado dos años como agente humanitario en la crisis siria y ello le ha permitido una identificación y observación pertinente de la problemática. Por otro lado, se han realizado cinco entrevistas a especialistas en salud pública y ayuda humanitaria, trabajando en ese momento en la respuesta a la crisis del noroeste de Siria para donantes, agencias de Naciones Unidas y ONG. Las entrevistas se realizaron de forma no estructurada y confidencial, dado el carácter

político y sensible del contenido de las preguntas y respuestas que en ella se formulaban. Por último, a través de una revisión de la literatura académica/científica al respecto de los derechos humanos, derecho internacional humanitario (DIH) y derecho a la salud, así como al respecto de la salud pública y de la gobernanza de esta, especialmente en situaciones de crisis.

Palabras clave

Gobernanza, salud, Siria.

Citar este artículo:

AHMED-ABENZA, O. «Gobernanza y derecho a la salud en el noroeste de Siria». *Revista del Instituto Español de Estudios Estratégicos*, número 14. 2019, pp. 15-42.

Introducción

Generalmente los conflictos armados resultan en un grave deterioro de los sistemas de salud, afectando tanto a la provisión de servicios, como al respeto del derecho a la salud. El conflicto que acontece en Siria desde hace más de siete años no es ninguna excepción. Las cifras oficiales de organismos públicos y privados, así como la información ofrecida por los medios de comunicación hablan por sí solas; casi medio millón de muertos, alrededor de cinco millones de refugiados –la mayoría en países vecinos– y más de seis millones de desplazados internos. Con las infraestructuras públicas y sociales severamente dañadas, en el ámbito de la salud el personal sanitario escasea y la calidad de las estructuras sanitarias es más bien pobre y sobrevive en gran parte gracias al apoyo externo de instituciones multilaterales u organizaciones no gubernamentales de todo tipo. Asimismo, el derecho a la salud no se respeta y sigue sufriendo graves violaciones. Por un lado, falta disponibilidad y acceso a servicios de salud, y por otro, los ataques tanto a estructuras como a personal sanitario no cesan, siendo esta última una de las más horribles prácticas de la guerra moderna¹.

La respuesta humanitaria en Siria se caracteriza por su fragmentación con la existencia de varios *hub* o centros de coordinación tanto formales (Gaziantep, Damasco, Amman) como informales (Beirut y Erbil). Este sistema ha resultado en un modelo de respuesta operacional único. Validado tras una resolución oficial del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas –2139 de febrero de 2014²–, se trata del sistema de asistencia *cross-border* por medio del cual, la ayuda al noroeste de Siria³ llega cruzando la frontera desde Turquía ya que la región no es accesible desde el resto del país⁴.

Los actores responsables de la respuesta sanitaria en el noroeste de Siria –jóvenes y frágiles autoridades sanitarias «de la oposición», ONG médico-humanitarias nacidas gracias a la diáspora siria y organismos habituales de las crisis humanitarias (ONG internacionales, agencias de Naciones Unidas y donantes)– luchan por coordinar generosos recursos y esfuerzos, y por colaborar en materia de salud a la par que por acomodar distintos intereses políticos. El resultado constituye un sistema de gobernanza de la salud complejo y más bien disfuncional incapaz de cubrir las necesidades de salud básicas y garantizar el respeto al derecho a la salud. En este caso, la gobernanza en el sector de la salud –según la Organización

1 HAMPTON, Tracy. «Health care under attack in Syrian conflict». *Jama*, vol. 310, n.º 5. 2013, pp. 465-466.

2 Consejo de Seguridad de Naciones Unidas. «Security Council Unanimously Adopts Resolution 2139 (2014) to Ease Aid Delivery to Syrians, Provide Relief from ‘Chilling Darkness’». 2014.

3 A efectos de este estudio, el noroeste del país hace referencia a la gobernación de Aleppo, a la gobernación de Idlib y al norte de la gobernación de Hama que queda bajo control rebelde.

4 Consejo de Seguridad de Naciones Unidas. «Security Council Adopts Resolution 2393 (2017), Renewing Authorization for Cross-Border, Cross-Line Humanitarian Access to Syria». 2017.

Mundial de la Salud (OMS)– se refiere a una amplia gama de funciones relacionadas con la dirección y la creación de normas llevadas a cabo por los gobiernos –responsables de la toma de decisión– a medida que buscan alcanzar los objetivos de la política nacional de salud que son propicios para la cobertura universal de salud⁵.

Tanto por su particular modelo de respuesta operacional y su gobernanza, como por la intensidad de las violaciones mencionadas, la respuesta sanitaria en el noroeste de Siria merece cierta atención. Así, este artículo, a través de una breve revisión de literatura académica, y de entrevistas a trabajadores humanitarios y profesionales del ámbito de la salud actualmente a cargo de la respuesta sanitaria en el noroeste de Siria, expone y visibiliza el incumplimiento y las violaciones del derecho a la salud consagrado en las normas internacionales. Tras un breve repaso a los hitos históricos del derecho a la salud con el fin de entender tanto su importancia como su constitución como tal, se realizará una mirada rápida a su cabida como un derecho básico dentro de los derechos humanos, por un lado, y del DIH por el otro, para así enmarcar el estudio en el ámbito jurídico correspondiente. Una vez enmarcado el concepto de derecho a la salud, por un lado, se enumerarán las violaciones de este desde el marco del DIH, y por otro se describirán y analizarán las razones por las que el derecho a la salud está lejos de ser garantizado como debiera en el noroeste de Siria.

Más adelante, se analizará la disfuncionalidad del sistema de gobernanza sanitaria y el papel que esta juega en la garantía del derecho a la salud en la crisis siria. Para ello enfocaremos el tema desde dos perspectivas, una que mira la situación existente y otra la que se centra en el sistema institucional de gobernanza sanitaria imperante en la zona y su aplicabilidad en situaciones de crisis humanitarias como la del noroeste de Siria. Puesto que en este punto existe una falta de literatura acerca de modelos de referencia para estos casos, utilizaremos el nuestro propio y abriremos un espacio de investigación para futuras investigaciones.

A continuación, se describirá el original sistema de gobernanza de la salud desarrollado para la respuesta humanitaria en el noroeste de Siria. Y por último se destacarán las disfuncionalidades de este demostrando así su complejidad y la alta carga política que lo caracterizan, circunstancias todas ellas que dificultan su eficacia. En consecuencia, se procederá a explicar la relación entre un modelo de gobernanza de la salud y el reconocimiento efectivo del derecho a la salud. Una vez analizado teóricamente, este estudio de caso, pese a que limitado debido al peso del conflicto, demostrará el impacto de la disfuncionalidad de la gobernanza sobre la efectividad del disfrute del derecho a la salud.

A modo de conclusión, se lanzarán una serie de recomendaciones mínimamente específicas, a todos los actores clave implicados en mayor o menor medida en

⁵ DODGSON, Richard; LEE, Kelley; DRAGER, Nick. «Global health governance. A Conceptual Review». London/Geneva, 2002.

la gobernanza de la salud en la respuesta a la crisis humanitaria en el noroeste de Siria.

Este artículo, además, abre las vías para la realización de estudios comparativos en otras crisis actuales o venideras, y por ende a la modelización de sistemas de gobernanza de la salud más eficientes para futuras crisis humanitarias.

El derecho a la salud en el noroeste de Siria

El derecho a la salud como derecho humano y dentro del derecho internacional humanitario

El derecho a la salud como un derecho humano; una perspectiva histórica

El derecho a la salud, al igual que la mayoría de los derechos básicos, fue concebido y asumido explícitamente a mediados del siglo xx. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental se expresó por primera vez en la Constitución de la OMS de 1946⁶. Dos años más tarde, la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 también menciona la salud como parte del derecho a un nivel de vida adecuado (artículo 25)⁷. Y dos décadas después, fue nuevamente reconocido como un derecho humano en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966. Más recientemente, la OMS y la Comisión de Derechos Humanos crearon en 2002 el mandato del relator especial sobre el derecho de toda persona al más alto nivel posible de salud física y mental. Este mandato incluye la vigilancia de la efectividad del derecho a la salud en determinados puntos del planeta a través de varias visitas anuales a determinados países en necesidad de evaluación al respecto⁸. La última visita oficial a Siria del relator especial fue en 2010. La misión se consideró de relativo éxito. Por un lado, se centró en problemas de acceso a la salud, especialmente para detenidos, y pudo acceder a una prisión. Por otro, en cuestiones de salud sexual y reproductiva, donde se observó una mejora de los indicadores epidemiológicos en pocos años⁹.

En una declaración reciente del director de la OMS, recordaba así un pilar fundamental del derecho a la salud: la imparcialidad. Decía que «el goce del grado

6 OMS. «Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos, suplemento de la 45.ª edición». 2006.

7 Naciones Unidas. «La Declaración Universal de Derechos Humanos». 1948.

8 ACNUDH. «Overview of the Mandate of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health». 2002.

9 GROVER, Anand. «Syria Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health». Office of the High Commissioner for Human Rights, 2011.

máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social»¹⁰. Así, la imparcialidad, entendida como la universalidad de la salud básica, es en efecto el motor esencial de todo sistema de salud justo e inclusivo. Siendo justo, el derecho a la salud incluye el acceso oportuno, y la disponibilidad aceptable y asequible a/de servicios de atención de salud de calidad suficiente. En cuanto a la capacidad de inclusión se refiere, el derecho a la salud debe garantizar servicios esenciales para una buena salud como el agua potable y segura y el saneamiento adecuado, y el acceso a educación e información relacionada con la salud.

El derecho a la salud dentro del derecho internacional humanitario

En tiempo de conflicto armado, el DIH prevé normas para proteger el acceso a la asistencia de salud, es decir el derecho a la salud. Esas normas tienen carácter vinculante para los Estados y los grupos armados no estatales. El derecho a la salud dentro del derecho internacional humanitario se constituye de tres pilares. En primer lugar, la asistencia, es decir la obligación de ofrecer servicios de salud –según las Convenciones de Ginebra– tanto para civiles, combatientes y personas fuera de combate, lo cual incluye heridos, enfermos, náufragos del ejército enemigo y los prisioneros de guerra o asimilados que al estar fuera de combate ya no son objetivo militar. En segundo lugar, la protección de la misión médica; de los heridos y enfermos, del personal médico, de la ética médica y de las estructuras sanitarias. En tercer lugar, los principios de distinción y de proporcionalidad. El primero, el principio de distinción establece que mientras que en un conflicto los combatientes tienen derecho a participar directamente en las hostilidades con el fin de lograr un objetivo militar de la manera más efectiva posible, esos actos de guerra se dirigirán solo contra combatientes del enemigo y objetivos militares y evitarán los daños innecesarios y excesivos a las personas civiles y personas fuera de combate. Según el segundo principio, de proporcionalidad, las partes deberán evitar causar incidentalmente muertos o heridos entre la población civil o daños a bienes de carácter civil que sean excesivos en relación con la ventaja militar concreta y directa prevista. A fin de aplicar las restricciones y las prohibiciones relativas a los ataques, todas las partes en conflicto armado deben tomar precauciones específicas¹¹.

¹⁰ OMS. «La salud es un derecho humano fundamental». Declaración del Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, director general de la OMS, el 10 de diciembre de 2017.

¹¹ CICR. *Métodos y medios de guerra*. 2010.

Violaciones y falta de cumplimiento del derecho a la salud en el noroeste de Siria

Violaciones del derecho a la salud

El conflicto en Siria se caracteriza por la intensidad y la frecuencia con la que todas las partes, y en especial el Gobierno sirio y los grupos armados extremistas, han violado derechos humanos y el derecho internacional humanitario¹². Tales violaciones han ocurrido también en el ámbito de salud. Así, la asistencia sanitaria y protección a las víctimas, el respeto y protección de la misión médica, y en general, la distinción entre objetivos militares y quienes no lo son –en este caso la misión sanitaria– no han sido garantizados. Prueba de ello son los ejemplos que se describen a continuación, que constituyen las violaciones al derecho a la salud más flagrantes del conflicto y ayudan a entender concretamente la gravedad del asunto, así como las razones y las implicaciones de tales transgresiones.

Ataques a infraestructura sanitaria y violación de la integridad de la misión médica. Hospitales, centros médicos y clínicas han sido atacados de forma intencional y sistemática. Parece evidente que se trata de violaciones del DIH cometidas en su mayoría por el Gobierno sirio y las fuerzas rusas¹³. Estos ataques destruyen infraestructura vital y provocan un éxodo del personal médico, y limitan enormemente la capacidad de los que permanecen privando así a los heridos de sus necesidades¹⁴. Los ataques a las infraestructuras sanitarias no sólo constituyen una violación al DIH al atacar la misión médica sino también¹⁵, desde mayo del 2016, a la Resolución adoptada por el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas (NN. UU.) número 2286 con el fin de, una vez más, evitar y condenar estos ataques¹⁶.

Por otro lado, grupos armados no estatales han hecho un uso militar e inapropiado de estructuras médicas violando la integridad de la misión médica y el DIH¹⁷.

12 IDRIS, Iffat. *International humanitarian law and human rights violations in Syria*. 2017.

13 «Issue Brief: Attacks on Health in Syria». *Physicians for Human Rights*. 2018.

14 ARMSTRONG, Justin. «Changes in medical practice in Syria; Dilemmas and adaptations in medical facilities continually threatened by attack». *Centre for Applied Reflection for Humanitarian Practice*. Médecins Sans Frontières. 2016.

15 SA'DA, Caroline Abu; DUROCH, Françoise; TAITHE, Bertrand. «Attacks on medical missions: overview of a polymorphous reality: the case of Médecins Sans Frontières». *International Review of the Red Cross*, vol. 95, n.º 890. 2013, pp. 309-330.

16 Consejo de Seguridad de Naciones Unidas. «Security Council Adopts Resolution 2286 (2016), Strongly Condemning Attacks against Medical Facilities, Personnel in Conflict Situations». 2016.

17 SAMS. «SAMS condemns violations of medical neutrality in Idlib». *ReliefWeb*. 2018.

En efecto, el conflicto en Siria presenta desafíos sin precedentes para la neutralidad médica. La politización de la atención médica a través de la violencia grave y directa contra las misiones y establecimientos sanitarios –privación violenta de la asistencia humanitaria para obtener con ello una ventaja militar, como la huida de los civiles, la destrucción de infraestructuras, el terror e incluso la muerte de no combatientes– ha convertido a Siria en el lugar más peligroso del mundo para los proveedores de servicios de salud¹⁸.

Asedios y negación de acceso humanitario. El Gobierno ha mantenido de forma prolongada hasta mediados del 2018¹⁹, asedios en zonas predominantemente civiles como el norte de Homs o el este de Guta, la zona rural de Damasco²⁰. Asimismo, los grupos armados de oposición mantuvieron asedios prolongados de zonas predominantemente civiles en las localidades de Kefraya y Fua, en la gobernación de Idleb²¹. En ambos casos se privaba a la población de acceso a asistencia médica, otros bienes y servicios básicos y ayuda humanitaria. En el caso de Guta y Homs, a su vez sometían a la población a reiterados bombardeos aéreos y de artillería. En este caso, el DIH es claro; el artículo 17 de la cuarta Convención de Ginebra estipula que cuando se asedia una localidad o zona, es preciso que se permita la entrada de asistencia sanitaria o la salida de población civil, heridos y enfermos que requieran tratamiento²².

Tortura y otros malos tratos. La tortura y otros malos tratos bajo custodia de los servicios de seguridad e inteligencia del Gobierno y en las prisiones estatales continúan siendo práctica sistemática y generalizada y siguen provocando un elevado número de muertes de detenidos. Por ejemplo, gran número de internos de la prisión militar de Saydnaya mueren tras ser torturados reiteradamente y privados de forma sistemática de comida, agua, ventilación, medicamentos y atención médica²³. Ello es contrario a las garantías elementales reconocidas en el artículo 3 común a las cuatro convenciones de Ginebra, que establece que se debe tratar con humanidad a todas las personas que no participen en las hostilidades o que caigan en poder del adversario y prohíbe específicamente la tortura y los tratos humillantes, crueles y degradantes²⁴.

18 FOUAD, Fouad M. *et al.* «Health workers and the weaponisation of health care in Syria: a preliminary inquiry for The Lancet–American University of Beirut Commission on Syria». *The Lancet*, vol. 390, n.º 10111. 2017, pp. 2516-2526.

19 PAX. «Siege era in Syria ends». *ReliefWeb*. 2018.

20 Amnistía Internacional. *The Unfolding Humanitarian Catastrophe in Eastern Ghouta*. 2018.

21 *Report Syria Events of 2017*. Human Rights Watch. 2018.

22 Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR). *IV. Convenio de Ginebra relativo a la protección debida a las personas civiles en tiempo de guerra*. 1949.

23 Amnistía Internacional. *Informe anual Siria 2017/2018*.

24 CICR. *Los Convenios de Ginebra de 1949 y sus protocolos adicionales*. 2014.

Falta de cumplimiento del derecho a la salud

Para que el derecho a la salud sea completo, hemos citado con anterioridad la importancia de que este sea imparcial, justo e inclusivo. Si bien para ello, la disponibilidad, accesibilidad y calidad son esenciales, un breve repaso al estado de estas tres variables nos demuestra que el derecho a la salud en el noroeste de Siria está lejos de cumplirse/respetarse al completo.

En primer lugar, existe una falta de servicios disponibles para una adecuada atención tanto en la salud primaria como en la salud secundaria. Esto ocurre principalmente:

- i) en enfermedades no infecciosas donde escasean la continuidad y las medicinas para el tratamiento²⁵,
- ii) en salud reproductiva donde apenas existen maternidades completas que ofrezcan capacidad de parto durante las 24 horas²⁶, y
- iii) en materia de vacunación donde la cobertura es insuficiente y donde como consecuencia de la llegada de desplazados de zonas donde no existía acceso a la salud básica, han estallado epidemias de sarampión y se han registrado casos de polio²⁷.

No obstante, es interesante remarcar que la respuesta humanitaria –aunque insuficiente– trae consigo el desarrollo de servicios que apenas existían antes del conflicto, como puede ser la sensibilización de los servicios de salud mental²⁸. Aun así, en términos de salud mental, en todo el noroeste de Siria solamente existen dos psiquiatras y unos cuantos psicólogos para millones de personas²⁹.

Por otro lado, la situación en materia de agua y saneamiento es insuficiente en términos de disponibilidad, accesibilidad y calidad, lo cual tiene claras repercusiones en la salud. Esta situación no ha hecho sino agravarse con la llegada de cientos de miles de desplazados a lo largo del 2017³⁰.

En segundo lugar, nos encontramos con una falta de acceso a los servicios de salud debido a los ataques constantes a las estructuras médicas que o bien las destruyen y

25 COUSINS, Sophie. «Syrian crisis: health experts say more can be done». *The Lancet*, vol. 385, n.º 9972. 2015, pp. 931-934.

26 AL-DIMASHQI Youmna; MASSENA, Florence. «Syria's Women: Policies and Perspectives. For Many Syrian Women, Healthcare is a Matter of Geography». *Syria News Deeply*. 2017.

27 OMS. «Reaching out with mental health services for displaced Syrians». Oficina Regional para Europa de la OMS. 2018.

28 OMS. «Reaching out with mental health services for displaced Syrians». Oficina Regional para Europa de la OMS. 2018.

29 BRADFORD, Alexandra. «In Syria's War, 'Mental Health Is the Last Priority'». *Syria News Deeply*. 2017.

30 Entrevista n.º 5. Responsable de ONG médico-humanitaria internacional, febrero de 2018 en Gaziantep (Turquía).

las dejan inoperativas, o bien desalientan su uso por el miedo a más ataques. Además de la disminución cuantitativa de los servicios de salud, existe una disminución cualitativa de la misma, consecuencia del éxodo de personal sanitario y de la falta de formación de nuevos profesionales. Así, durante años la población ha sido tratada por estudiantes, médicos especialistas que se han aventurado a practicar distintas especialidades o bien médicos generales que se han convertido a base de práctica en médicos especialistas.

Por último, la falta de educación y de promoción para las buenas prácticas sanitarias es casi inexistente en un contexto donde más de la mitad de la población es desplazada, poco formada y que tras años de estrés bajo una guerra se han visto obligados a comprender un sistema de salud más bien fantasma y disfuncional³¹.

En tercer lugar, la falta de calidad de los servicios de salud es notable. Por un lado, la calidad de los servicios de salud primario se ha demostrado bastante pobre en cuanto a servicios clínicos y a la gestión de los centros de salud. Problemas como falta de ciertos servicios básicos, prescripciones incorrectas y exageradas, son comunes según estudios realizados por la OMS³². Por otro lado, la calidad de la salud reproductiva es muy limitada; nivel alto de cesáreas o falta de disponibilidad de lugares y personal para el parto las 24 horas o alto número de partos a domicilio no gratuitos y llevados a cabo por falsas matronas (a menudo enfermeras mal formadas)³³. Vinculado a ello, debemos destacar las carencias en el campo de la rendición de cuentas ya que no existen mecanismos o procesos por medio de los cuales los pacientes puedan pedir explicaciones en caso de error médico, lo que genera desconfianza e impunidad. Todo ello repercute en el acceso a los servicios sanitarios y, evidentemente, a la prestación de estos.

Si bien en Siria, como indica, entre otros, el informe de la visita del relator especial³⁴, estos componentes (disponibilidad, accesibilidad y calidad) se cumplían con cierta –que no total– satisfacción, el conflicto ha convertido a Siria en un ejemplo histórico de violación de derechos humanos y del DIH. A su vez, ha destruido en pocos años el sistema de salud que existía, y con él, los logros del Estado sirio al respecto. Así, las dificultades de acceso, calidad y rendición de cuentas, derivados del conflicto se explican, como veremos a continuación, por sufrir problemas de gobernanza tanto cuantitativa (falta de organismos de gobernanza de la salud) como cualitativa (falta de calidad de los organismos existentes en términos de respuesta eficaz y coordinada).

31 Entrevista n.º 1, Oficial A de la OMS, febrero de 2018 en Gaziantep (Turquía).

32 Entrevista n.º 1, Oficial A de la OMS, febrero de 2018 en Gaziantep (Turquía).

33 Entrevista n.º 2, Oficial B del UNFPA, febrero de 2018 en Gaziantep (Turquía).

34 GROVER, Anand. «Syria Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health». Office of the High Commissioner for Human Rights. 2011.

Gobernanza de la salud en el noroeste de Siria

La gobernanza de la salud, y su aplicabilidad en situaciones de crisis

Según la OMS³⁵, entendiendo la gobernanza como un proceso político que implica equilibrar las influencias y demandas en competencia, la gobernanza en el sector de la salud se refiere a una amplia gama de funciones relacionadas con la dirección y la elaboración de normas en cuestiones de política de salud que conduzcan a la cobertura sanitaria universal que incluye:

- mantener la dirección estratégica de desarrollo e implementación de políticas;
- detectar y corregir tendencias y distorsiones indeseables;
- regular el comportamiento de una amplia gama de actores, desde financieros hasta proveedores de servicios de salud; y
- establecer mecanismos de rendición de cuentas transparentes y efectivos.

Más allá del sistema de salud formal, la gobernanza significa colaborar con otros sectores, incluidos el sector privado y la sociedad civil para promover y mantener la salud de la población de manera participativa e inclusiva³⁶. La gobernanza de la salud en situaciones de crisis humanitarias se ve claramente afectada y se encuentra a menudo con dificultades para cumplir con las funciones esperadas por la OMS de forma eficiente. Además, pasa a formar parte de la gobernanza humanitaria, manteniendo una relevancia notable ya que la salud acostumbra a ser uno de los sectores más importantes de la respuesta a una crisis humanitaria.

A finales del siglo XX, desde el fin de la Guerra Fría, la gobernanza humanitaria, y por ende de la salud, adquiere una perspectiva de protección de derechos humanos, y de la salud. Como demuestran las crisis tan emblemáticas de la historia de la ayuda humanitaria –desde Ruanda hasta Siria–, esta perspectiva no ha significado mejoras infalibles en el respeto a los derechos humanos³⁷.

Pese a este marco de protección, la gobernanza de la salud se encuentra con toda una serie de retos que afectan tanto la funcionalidad de la misma como a dicho marco de protección legal. El principal tiene que ver con la magnitud de la implicación y el rol de los actores externos (donantes privados o institucionales, organizaciones no gubernamentales internacionales –ONGI–, agencias de las NN. UU.), entre los que a menudo destaca la OMS por su rol de garante de protocolos y de coordinación de la respuesta sanitaria. Siendo considerable, la gobernanza se enfrenta al reto de adminis-

35 Health System. Governance. Sitio web OMS. Recuperado de <https://www.who.int/healthsystems/topics/stewardship/en/>.

36 DODGSON, Richard; LEE, Kelley; DRAGER, Nick. «Global health governance. A Conceptual Review». London/Geneva, 2002.

37 LAUTZE, Sue, *et al.* «Assistance, protection, and governance networks in complex emergencies». *The Lancet*, vol. 364, n.º 9451, 2004, pp. 2134-2141.

trar estos recursos de forma que promuevan el liderazgo nacional, regional y local, y fortalezcan los sistemas nacionales de salud. Y es que son más bien los actores locales quienes, pese a las crisis, deben mantenerse como garantes del funcionamiento de la gobernanza desde el comienzo, hasta después del final de una crisis.

El resto de los retos tienen que ver con temas que preocupan igualmente en situaciones estables a la hora de sostener un sistema de gobernanza eficiente y que garantice la calidad de los servicios y el cuidado, pero cuyas carencias se pueden agudizar en tiempos de crisis. Se trata, entre otros, de la transparencia, la corrupción, la educación para la salud, el exceso de politización, la incapacidad de inclusión a todos los sectores de la sociedad, la respuesta a los dilemas de descentralización pública versus sistemas hospitalizados y privatizados^{38 39}.

A pesar del desarrollo histórico en cuanto al marco normativo y legal de protección, y a pesar de conocer la mayoría de los desafíos comunes a los que hace frente la gobernanza humanitaria en el ámbito de la salud, no parecen existir modelos de gobernanza maestros que sirvan por defecto para todas las crisis. Se ha hablado mucho de retos del sistema de salud global –grandes pandemias como el ébola, creciente politización, efectos del cambio climático–, pero no tanto de soluciones ideales ni a nivel global como a nivel específico, ya sea geográfico o por temática. Si bien esto no es extraño dadas las distintas particularidades que caracterizan cada crisis, es una muestra de que todavía queda mucho espacio para investigar modelos de sistemas estándar y óptimos de gobernanza de la salud para crisis humanitarias específicas⁴⁰. No obstante, si es posible disponer de determinadas pautas y principios. A continuación, se procede pues a relatar qué se puede descifrar y aprender del caso de Siria.

La gobernanza de la salud en el noroeste de Siria

La situación sociopolítica en el noroeste de Siria

El noroeste de Siria, desde el principio del conflicto ha sido una zona controlada por la oposición y/o fuerzas rebeldes. Pese a que el gobierno sirio ha recuperado a lo largo de distintas ofensivas parte del territorio tanto de la gobernación de Idlib como de la de Aleppo, todavía hoy gran parte de ambas gobernaciones está bajo control civil-administrativo del gobierno sirio de la oposición y bajo control militar de las fuerzas rebeldes, o bien bajo control militar turco-sirio como es la llamada zona del escudo

38 REPULLO, José R.; FREIRE, José M. «Gobernabilidad del Sistema Nacional de Salud: mejorando el balance entre los beneficios y los costes de la descentralización». Informe SESPAS 2008. *Gaceta Sanitaria*, vol. 22. 2008, pp. 118-125.

39 ARENAS, Carlos A. «La nueva gobernanza de las instituciones sanitarias». *Redacción Médica*. 2015.

40 BLANCHET, Karl, *et al.* *An evidence review of research on health interventions in humanitarian crises*. London: London School of Hygiene & Tropical Medicine, 2013.

del Eufrates, situada en el norte de la gobernación de Alepo^{41 42}. Hablamos de aproximadamente 4 millones de personas, en su gran mayoría con necesidad de asistencia humanitaria, y la mitad de las cuales son desplazados internos y que constituyen claramente la parte más vulnerable del conflicto. El acceso a estas zonas no controladas por el gobierno sirio –gran parte de las gobernaciones de Idlib, Alepo y Hama– desde Damasco está oficialmente cerrado para fines comerciales y humanitarios, salvo obviamente excepciones que tienen que ver con el negocio de la guerra^{43 44}. Por tanto, las necesidades básicas no están cubiertas ya que no hay infraestructura ni inversión pública, y la economía se mantiene debido a la industria humanitaria y, paradójicamente, a la guerra.

La falta de acceso al noroeste de Siria resultó desde el comienzo del conflicto en el posicionamiento de agencias de ayuda humanitaria en el este de Turquía desde donde asisten hasta hoy a la población necesitada a través del cruce de la frontera turco-siria de personal experimentado y material humanitario. Pese a la vigencia de la resolución 2139 (2014) «cruce de fronteras»⁴⁵, asistir y coordinar la asistencia desde el país vecino con limitaciones de acceso no resulta evidente⁴⁶. El conflicto o la crisis pos golpe de estado fallido turco, a menudo provoca bloqueos. Además, la falta de visibilidad y de proximidad ha generado por un lado incapacidad de los actores humanitarios para supervisar con calidad el envío y la provisión de la ayuda, y por otro, espacios de corrupción y luchas políticas internas entre los distintos actores de poder sirios (sociedad civil, ONG, autoridades, grupos armados). Estas limitaciones operacionales y políticas se ven reflejadas en el ámbito médico-humanitario y en consecuencia se ha desarrollado un sistema de gobernanza de la salud ejemplar en la teoría como veremos a continuación, en cuanto a su adecuación para dar respuesta a tales retos, pero algo complejo y disfuncional en la práctica.

41 Turquía en agosto de 2016 lanzó una ofensiva en el norte de Alepo para recuperar una zona fronteriza que se encontraba en manos de grupos armados kurdos y desde entonces se encuentra en territorio sirio bajo pretexto de defensa propia. Asimismo, bajo el mismo pretexto amparado en el artículo 51 de la Carta Magna de NN. UU., lanzó otra ofensiva en enero del 2018 en la región de Afrin al noroeste de la gobernación de Alepo, donde también han permanecido. Además, tras los acuerdos de Astana firmados por Rusia, Irán y Turquía en mayo del 2017 con el fin de disminuir la violencia y garantizar el acceso humanitario a través de la intervención militar de cada uno de los países firmantes, Turquía ha introducido nuevas tropas en la gobernación de Idlib.

42 BARNES-DACEY, Julien. «What Turkey's intervention means for Syria, the Kurds, and Ankara. What it means for the Syrian war». *European Council on Foreign Relations*. 2018.

43 SINJAB, Lina. «How Syrian's war economy propels the conflict». *Chatham House*. 2017.

44 LUND, Aron. «The Factory: A Glimpse into Syria's War Economy». *The Century Foundation*. 2018.

45 CONSEJO DE SEGURIDAD DE NACIONES UNIDAS. *Security Council Unanimously Adopts Resolution 2139 (2014) to Ease Aid Delivery to Syrians, Provide Relief from 'Chilling Darkness'*. 2014.

46 UN OFFICE FOR THE COORDINATION OF HUMANITARIAN AFFAIRS. «Fact Sheet: United Nations Cross-border Operations from Turkey to Syria (as of 31 Jan 2018)». *ReliefWeb*. 2018.

El sistema de gobernanza político-administrativo en el noroeste de Siria

Antes de describir el sistema de gobernanza de la salud, es importante hablar de la gobernanza política en el noroeste de Siria ya que la sanitaria sería de alguna forma una proyección de esta. Con el colapso de facto del Estado sirio, extremadamente centralizado, y de sus instituciones contemporáneas, surgieron otras autoridades para llenar los vacíos de gobernabilidad y la brecha de soberanía⁴⁷. Se trata de los consejos locales y las autoridades religiosas, así como de las estructuras de clanes⁴⁸. Cada unidad administrativa del noroeste de Siria ha ido desarrollándose con distintos grados de autonomía, formando un sistema de gobernanza descentralizado. Y es que, como se ha mencionado con anterioridad, pese a existir un gobierno sirio de la oposición, e incluso un segundo auto declarado recientemente⁴⁹, las autoridades locales en forma de consejos locales, autoridades religiosas o grupos armados —a menudo representados por oficinas políticas y civiles— gestionan con mayor o menor interacción y colaboración los asuntos que conciernen a sus distintas áreas de control. Obviamente la implicación de grupos armados en cualquier tipo de gestión pública, aunque a menudo invisible, es una preocupación para la neutralidad y la legalidad de la respuesta humanitaria ya que se estima elevado.

Se podría decir que el órgano de gobernanza local con mayor respeto visible por parte de la población son los consejos locales, los cuales se corresponden con la legalidad administrativa —en base al Decreto Legislativo 107— previa al conflicto⁵⁰. Es extremadamente difícil hacerse una idea clara de la composición de los consejos, de las influencias recibidas, de los aliados de que disponen, así como de su transparencia y eficiencia; de la fuente de financiación y de su capacidad de ejecución. Aun así, es sabido que los consejos locales están claramente implicados en la prestación y la coordinación de servicios directos, entre ellos la salud.

Pese a la existencia de un sistema, las ONGI, la ONU y los donantes juegan un papel decisivo en el desarrollo de la gobernanza local a través de su control sobre los flujos de capital, conocimiento, equipamiento y bienes. Sin embargo, pese a que por un lado fortalecen la capacidad local, por otro crean conflictos sobre el acceso a los recursos, el poder y la influencia. Los actores locales, tanto los que se benefician de forma directa como los que lo hacen de forma indirecta, pueden llegar a tergiversar

47 DOBBINS, James; GORDON, Philip; MARTINI, Jeffrey. «A Peace Plan for Syria II». *Rand Corporation*. 2016.

48 O'DRISCOLL, Dylan. «Governance in Syria». *K4D Helpdesk Report*. University of Manchester, May 2017.

49 «Syria opposition groups form new government in Idlib». *Middle East Monitor*. November 3, 2017.

50 ARAABI, Samer. «Syria's Decentralization Roadmap». *Carnegie Endowment for International Peace*. 2017.

la realidad de la crisis en cuanto a necesidades y respuesta se refiere, con el fin de conseguir recursos y poder. Siendo tan diversos los actores de apoyo externo, es esencial un enfoque coherente y coordinado –dentro de la región y también con el resto del país en la medida de lo posible– en el apoyo técnico a los actores de gobernanza local.

El sistema de gobernanza de la salud en el noroeste de Siria

El rol pues de los actores externos es esencial en la gobernanza de la respuesta sanitaria ya que básicamente la financian casi en su totalidad⁵¹. A continuación, con el fin de entender su complejidad y resultante ineficiencia, describiremos los actores que la componen –tanto a nivel local como internacional–; expondremos las plataformas de gobernanza que se han ido creando para mejorar la eficiencia de la respuesta y hacer frente a los cambiantes retos; plantearemos lo que supone enfocar la gobernanza desde perspectivas distintas; por un lado la perspectiva doméstica compuesta por la parte civil –que no siempre igual a la oposición–, y la parte militar –que por lo general se corresponde con la oposición armada–, y por otro la perspectiva internacional compuesta por la respuesta humanitaria y la respuesta de estabilización.

Los actores

Estos serían los principales actores responsables de la gobernanza de la salud en el noroeste de Siria. Por un lado, tenemos a las autoridades de salud tanto locales como estatales, ambas con recursos y capacidad limitada hasta que los donantes estatales europeos empiezan a financiar sus órganos de gobernanza como parte de sus programas de estabilización. En paralelo, tenemos a las ONG médicas que también reciben recursos internacionales desde principios de la diáspora siria. Estas, por unos años jugaron el papel de pseudoautoridades en cuanto a provisión de servicios ya que las autoridades sanitarias no disponían de estructura ni de saber qué hacer para absorber recursos provenientes de financiación internacional.

Mientras que el Ministerio de Salud del gobierno de la oposición continúa con gran parte de estas limitaciones, los directorados de salud de las gobernaciones, por ser estructuras más operacionales por cuestiones de cercanía y tamaño –tanto de los órganos como de la población a atender–, han visto crecer sus recursos y capacidad gracias a los donantes y a su interacción con distintas organizaciones expertas en la materia. Como resultado y por razones que responden a la evolución del conflicto y su política asociada, los directorados de salud local no responden ni

⁵¹ Entrevista n.º 3. Oficial de un donante humanitario europeo, febrero de 2018 en Gaziantep (Turquía).

reportan al Ministerio sino más bien a las directrices de los donantes, en su mayoría europeos⁵².

Además de las autoridades de salud, aún quedan estructuras médicas independientes y autónomas cuyos directores en ocasiones forman parte de cuerpos de gobernanza local, junto con las autoridades de salud o consejos locales.

Por otro lado, la OMS juega un rol esencial de coordinación de la respuesta tanto a nivel operacional como institucional, y de recaudación y distribución de fondos. Su obligación de respetar la soberanía de los Estados como agencia de las NN. UU., pese a que en ocasiones limita, en otras resulta ser un actor clave que actúa de nexo/puente entre el gobierno sirio y las zonas controladas por la oposición. Si bien las ONG sanitarias coordinadas por la OMS son tanto sirias como internacionales. Las sirias, representan un fenómeno nada habitual en el panorama de las crisis humanitarias. Creadas y gestionadas por la diáspora siria proveniente tanto de países occidentales como de países vecinos, han sido financiadas para dar respuesta a la crisis desde el principio del conflicto, llegando a jugar un rol de organismo institucional y de gobernanza. Hoy ostentan aún un poder político basado en su gran capacidad de recursos, de implementación e incluso diseño de políticas y estrategias. Mientras que por un lado son las que han estado respondiendo y corriendo riesgos desde el principio, por otro, responden a un perfil claramente político –ya que son el resultado de una revolución política– que en ocasiones pone en entredicho su neutralidad.

Por último, tenemos en primer lugar a los donantes tradicionales –comúnmente pertenecientes a gobiernos europeos y norteamericanos y representados por sus agencias de cooperación y desarrollo–. En segundo lugar, a los llamados no tradicionales, que, en el caso de la crisis siria, en general provienen de los países del golfo arábigo y se trata tanto de donantes privados y confidenciales –los más opacos y difíciles de seguir– como donantes institucionales y visibles que sí que participan en las reuniones de grades donantes.

Los donantes tradicionales representan claramente las políticas exteriores de los gobiernos a los que representan. Esto no siempre garantiza la neutralidad de la respuesta ya que es bien sabido cual ha sido el posicionamiento de muchos gobiernos «occidentales» con respecto al gobierno sirio a lo largo del conflicto⁵³. Con respecto a los donantes no tradicionales, el fenómeno de la posible falta de neutralidad no desaparece. La transparencia y coordinación para con los donantes tradicionales ha incrementado, pero sigue sin ser total, por lo que a menudo se generan disfuncionalidades debidas a la falta de información que generan tanto duplicaciones como gaps. Sin embargo, existe una serie de donantes privados provenientes de países del golfo (Catar, Arabia Saudita en su mayoría), que han continuado financiando tanto progra-

52 Entrevista n.º 4. Responsable de ONG médico-humanitaria siria, febrero de 2018 en Gaziantep (Turquía).

53 RANKIN, Jennifer. «EU at odds with Trump administration over Assad's role in Syria». *The Guardian*. 3rd April 2017.

mas sanitarios como otro tipo de actividades de apoyo a población y actores de poder en el noroeste de Siria⁵⁴. La falta de transparencia de estas donaciones ha dificultado a menudo la identificación de duplicidades e incluso ha generado desconfianza que ha resultado en el cese de apoyo a estructuras sanitarias por parte de actores internacionales debido a la sospecha de que actores no neutros –donantes no tradicionales no privados y confidenciales– estuvieran financiándolas ya que esto iría en contra de los principios de donación e incluso generaría preocupaciones que tienen que ver con leyes antiterroristas.

Las plataformas de gobernanza

Al mismo tiempo, existen una serie de órganos o plataformas de gobernanza que pretenden maximizar la coordinación, la inclusividad y la transparencia.

Por un lado, tenemos al grupo de trabajo de salud organizado por la OMS desde 2014 (Syria Health Cluster Turkey Hub⁵⁵). Esta plataforma es la principal en cuanto a legitimidad, credibilidad, capacidad de coordinación, e influencia política. Se reúne de forma semanal o bisemanal para dar visibilidad a las necesidades y retos en el ámbito de salud, para que los actores médico-humanitarios se coordinen a la hora de responder, y para tratar temas de importancia común o presentar información epidemiológica relevante.

Por otro lado, las reuniones de donantes, pese a que no están centradas en salud exclusivamente, se pueden considerar como plataformas de gobernanza de la salud ya que dedican espacios exclusivos para tratar el ámbito de la salud. Por último, existe el llamado Grupo estratégico consultor para la salud a nivel nacional; para la «totalidad de Siria»⁵⁶, con el fin de coordinar los distintos grupos de trabajo de salud de los distintos centros de coordinación humanitaria; de monitorear, evaluar y revisar la respuesta sanitaria; y de desarrollar la estrategia global de salud para Siria. Este está compuesto por un balance de miembros del Ministerio de Salud de la oposición siria, de las ONG nacionales e internacionales, de las agencias de las NN. UU. y de donantes.

Además de las plataformas internacionales, existen las siguientes plataformas locales de gobernanza. En primer lugar, el Comité de Coordinación compuesto por todos los directores de las gobernaciones con el fin de diseñar o actualizar políticas y protocolos –siempre en coordinación con Damasco en la medida de lo posible y gracias a la inter-

54 LUND, Aron. «How Assad's Enemies Gave Up on the Syrian Opposition». The Century Foundation, vol. 17. 2017.

55 «Health Cluster Turkey Hub», 2018. Recuperado de <https://www.humanitarianresponse.info/fr/operations/stima/health>.

56 «Whole of Syria Health Cluster», 2018. Recuperado de <https://www.humanitarianresponse.info/en/operations/whole-of-syria/whole-syria-health-cluster-4w>.

mediación de las oficinas de la OMS de Gaziantep y de Damasco—, establece procedimientos operacionales estándar, o coordina la gestión de recursos como por ejemplo el establecimiento de salarios justos para el personal sanitario. Siendo una plataforma dirigida por los directorados de salud local, en paralelo a la mejora de sus capacidades, ha ido ganando legitimidad.

En segundo lugar, se encuentra la Junta Directiva compuesta por los directores de salud de las gobernaciones controladas por la llamada oposición, y por el ministro de salud del gobierno sirio interino, que viene a significar una puesta al día para este último. Y, en tercer lugar, y a modo de plataforma informal, existe una especie de oligopolio sanitario compuesto por las ONG sirias más potentes en cuanto a recursos, capacidad y antigüedad. Estas se reúnen con mayor o menor frecuencia y en ocasiones resultan teniendo mayor capacidad de decisión que ninguna otra plataforma ya que se trata de los actores que más alcance, proximidad, impacto y conocimiento tienen. Cada vez más, los directorados de salud más influyentes se coordinan y/o juegan un rol que hace contrapeso a esta llamada plataforma informal.

Los enfoques de respuesta

Por último, es pertinente hacer referencia al hecho de que diversos enfoques de respuesta médico-humanitaria; el doméstico (civil o militar) y el internacional (humanitario o de estabilización), conviven, interactúan entre ellos en función de sus intereses, e incluso a veces se solapan resultando en una cierta disfuncionalidad sistémica. Así, se puede ver el sistema de gobernanza de salud desde distintas ópticas.

- El enfoque de gobernanza de la salud doméstica y civil representado por directorados de salud local junto con el consejo local y en general en colaboración con ONG sirias. Aunque estos han ido adquiriendo independencia, estos actores actúan a menudo con actores externos que los financian y aconsejan ya sea dentro de la agenda de respuesta humanitaria (por ejemplo, con ONGI o agencias de NN. UU.), o ya sea dentro de la agenda de estabilización (por ejemplo, con agencias de desarrollo estatales y donantes europeos).
- El enfoque de gobernanza de la salud doméstica y militar representado por los brazos civiles de grupos armados, en general junto con el consejo local y/o el directorado de salud, de forma independiente. Las razones por las que los brazos civiles de grupos armados actuarían junto a actores internacionales –en general ONGI o incluso agencias de NN. UU.–, tienen que ver con ganar legitimidad política para con actores clave en el conflicto o para con la población bajo su control territorial⁵⁷.

⁵⁷ MARTÍNEZ, José Ciro; ENG, Brent. «Stifling stateness: The Assad regime's campaign against rebel governance». *Security Dialogue*, vol. 49, n.º 4. 2018, pp. 235-253.

- El enfoque de gobernanza de la salud internacional humanitario –representado por el grupo de trabajo de salud de la OMS, es decir NN. UU. y ONG– se centraría en dar respuesta a necesidades urgentes, inmediatas, fruto de una crisis humanitaria todavía en curso. Aunque el enfoque vertical de ciertas ONGI puede generar desajustes por su unilateralidad, por lo general NN. UU. y ONGI se coordinan y gobiernan en conjunto con las ONG y autoridades locales ya que dependen enteramente de ellas para acceder a los beneficiarios y entender las necesidades.
- El enfoque de gobernanza de la salud internacional de estabilización –representado por los donantes «occidentales»– tendría, en paralelo a una cierta proyección de política exterior como mencionado anteriormente, una visión de fortalecimiento y estabilización de estructuras de gobernanza como la Junta Directiva o el Comité de Coordinación a través de la financiación, formación y el consejo a las mismas. Este enfoque, de alguna forma asume que la crisis se encuentra en periodo de finalización y que por tanto es momento de estabilizar para reconstruir. Pese a las divergencias de visión con respecto a otros enfoques de visión más cortoplacista, se observa una interacción –y coordinación– con los actores de gobernanza local (directorados de salud local, consejos locales y ONG) y con actores internacionales como las NN. UU. y las ONGI.

Con relación a las dimensiones de gobernanza internacional, es interesante destacar que mientras que algunos defienden que la convivencia de ambas es natural y seña de un proceso de evolución del conflicto determinado⁵⁸, otros critican que, al centrarse en la estabilización, se dejan de lado prioridades inmediatas para concentrarse en una agenda de política⁵⁹. Lo cierto es que, si bien el dilema de la utilidad de la aplicación de ambos enfoques es más bien una cuestión de ver el vaso medio lleno o medio vacío, la gobernanza sanitaria es testigo de ciertas confusiones y frustraciones resultantes de este paralelismo sistémico que veremos a continuación. Evitarlas pasa claramente por maximizar la coordinación entre las distintas dimensiones arriba mencionadas.

En conclusión, al mismo tiempo que no existen modelos de gobernanza de la salud aplicable a crisis humanitarias –seguramente debido a la complejidad de cada una de estas–, el caso de la crisis en el noroeste de Siria no ofrece un modelo óptimo. A la par que el sistema de gobernanza político, la gobernanza de la salud es compleja y disfuncional como resultado de la diversidad de actores con intereses distintos (posicionamiento geopolítico de potencias internacionales, control de territorio por parte de las distintas partes sirias del conflicto, centralización y acaparamiento de recursos e influencia, asistencia a la población). Estos, interactúan en mayor o menor grado a través de distintas plataformas de gobernanza, formales e informales, que se esfuerzan por colaborar en lugar de competir. La multiplicidad de actores y de plataformas de

⁵⁸ Entrevista n.º 4. Responsable de ONG médico-humanitaria siria, febrero de 2018 en Gaziantep (Turquía).

⁵⁹ MUGGAH, Robert (ed.). *Stabilization operations, security and development: States of fragility*. Routledge, 2013.

gobernanza se puede leer a través de distintos enfoques de respuesta sanitaria, definidos en función del tipo de actores que la llevan a cabo y sus objetivos e intereses. El resultado es de nuevo un sistema disfuncional en el que de forma paralela la respuesta médico-humanitaria se enfoca desde distintos ángulos en función de distintos intereses –por lo general políticos– y en el que no siempre se prioriza el derecho a la salud de la población.

Disfuncionalidades de la gobernanza y su impacto en el derecho a la salud

Para entender las disfuncionalidades del sistema de gobernanza de la salud en el noroeste de Siria, tomaremos de nuevo como referencia las funciones esperadas por la OMS para un sistema de gobernanza sano y eficiente. Añadiremos además una disfuncionalidad rápidamente mencionada con anterioridad y que tiene que ver con el fenómeno del «antiterrorismo».

La dirección estratégica de la salud pública

La dirección estratégica de la salud pública se ha visto afectada principalmente por la inestabilidad política que ha provocado la descomposición de los órganos responsables de esta. Pese a la creación de nuevos órganos, estos tienen limitada capacidad estratégica y se encuentran enmarcados en un sistema de gobernanza humanitaria más que de salud pública, lo cual sigue dificultando una dirección estratégica completa. Y es que la estrategia de salud pública se ve entorpecida por constantes problemas de financiación, multiplicidad de actores queriendo hacer –o no hacer– lo mismo, y la dificultad de operacionalizar las estrategias mínimamente diseñadas ya sea por su falta de coherencia con respecto a las estrategias existentes en el pasado, por la falta de acceso o bien por la falta de legitimidad y credibilidad de las autoridades encargadas de su implementación.

Por otro lado, el hecho de que los donantes financiaran inicialmente la respuesta sanitaria a través de ONG y no de organismos (pseudo) públicos, impidió el desarrollo de una dirección estratégica de salud con perspectiva pública. En esta línea, *a priori* acentúa esta disfuncionalidad el hecho de que el Ministerio de Salud de la oposición apenas es financiado, y por tanto no existe una autoridad de salud que lidere una dirección estratégica como es debido sino varios directorados de salud que diseñan estrategias para sus respectivas gobernaciones. Además, es importante señalar que la mayoría de personal sanitario que ha acabado ejerciendo puestos públicos (o pseudopúblicos), eran con anterioridad practicantes y no gestores ni profesionales de la salud pública, lo cual una vez más dificulta la capacidad del diseño y la gestión de la dirección estratégica de salud⁶⁰.

60 Entrevista n.º 1. Oficial A de la OMS, febrero de 2018 en Gaziantep (Turquía).

Tendencias y distorsiones indeseables

Mientras que sí se detectan tendencias y distorsiones indeseables en el sistema de salud público gracias a los sistemas de recolección de datos, análisis y de coordinación que estableció la OMS y otros organismos, existe un problema en la prevención y corrección de estas. Se debe una vez más a la dificultad de hacer funcionar adecuadamente un sistema de salud en una región en conflicto armado. Dos de las distorsiones más relevantes serían la baja cobertura vacunal o los constantes ataques a estructuras médicas⁶¹.

Otra sería el hecho de que el mantenimiento y la reconstrucción del sistema se ha orientado más hacia un enfoque hospitalario y aunque descentralizado geográficamente hablando para maximizar el acceso, no descentralizado desde el punto de vista de la provisión de servicios. Es decir, muchos hospitales pequeños, pero sin contar con todos los servicios, especialmente de salud primaria. Esto se explica por la falta de recursos, por la necesidad de maximizar servicios que parecían de mayor necesidad (salud secundaria), y por el perfil de practicantes ya especializados que tenía el personal médico a cargo de estas estructuras⁶².

Regulación de fondos de financiación y de provisión de servicios

La regulación de fondos es una tarea ardua cuando no existen suficientes fondos, ni total coordinación y transparencia de origen y destino de estos. La pelea por conseguir fondos como en cualquier crisis es constante a lo largo del ejercicio, y la pertinencia de su asignación no es evidente⁶³. Asimismo, pese a las reuniones de grandes donantes que se realizan con asiduidad, a las que acuden tanto donantes tradicionales como los llamados no tradicionales, es común que los donantes tradicionales manifiesten dificultades de coordinación, y de seguimiento de fondos, especialmente los no tradicionales⁶⁴. Además, al no existir un sistema de recaudación, la financiación del sistema recae sobre organismos internacionales como las NN. UU., oficinas de desarrollo y acción humanitaria, y donantes. Estos, responden a menudo a agendas políticas, lo cual dificulta la coordinación de sus planes, y la coherencia de la gobernanza del sistema⁶⁵.

61 Entrevista n.º 5. Responsable de ONG médico-humanitaria internacional, febrero de 2018 en Gaziantep (Turquía).

62 Entrevista n.º 5. Responsable de ONG médico-humanitaria internacional, febrero de 2018 en Gaziantep (Turquía).

63 EUROPEAN COUNCIL. «Supporting the future of Syria and the region». Brussels conference, 24-25/04/2018.

64 Entrevista n.º 3. Oficial de un donante humanitario europeo, febrero de 2018 en Gaziantep (Turquía).

65 Entrevista n.º 5. Responsable de ONG médico-humanitaria internacional, febrero de 2018 en Gaziantep (Turquía).

En cuanto a la regulación de la provisión de servicios, pertinentes, ordenados, constantes / sostenibles y de calidad aceptable, resulta casi imposible sin acceso ni proximidad. Este modelo implica deficiencias de reporte y por tanto posibles diagnósticos erróneos. Un buen ejemplo es la disfuncionalidad del seguimiento epidemiológico. En plena epidemia de sarampión el pasado marzo de 2018 en Idlib y Aleppo, en lugar de reportar los casos identificados en función de la estructura concreta y del origen del paciente, el reporte se limitaba a la localidad –donde generalmente hay más de una estructura médica–. Se perdía así una precisión vital en el análisis del origen de la epidemia y por tanto en la eficiencia de la respuesta⁶⁶.

Otro ejemplo interesante que destacar al respecto de la interrupción de la provisión de servicios que afecta a la gobernanza, se da en zonas controladas por grupos armados considerados terroristas. Allí, estructuras médicas se han visto en más de una ocasión utilizadas por grupos armados para fines militares, violando así la integridad de la misión médica y por ende el DIH⁶⁷. La consecuencia es una interrupción del servicio tanto en el momento como *a posteriori* ya sea por miedo de los pacientes o personal, o por un posible cese de financiación por parte de donantes que no quieran financiar actividades en territorio controlado por grupos armados que se encuentren catalogados como terroristas⁶⁸.

Terrorismo y ayuda sanitaria en el noroeste de Siria

El ejemplo expuesto permite abrir un paréntesis en el que abordar un tema muy presente en la respuesta humanitaria en el noroeste de Siria; la política antiterrorista. En las últimas décadas, se ha desarrollado una perspectiva de política internacional que encuadra la salud y la ayuda humanitaria en crisis como cuestiones de seguridad⁶⁹. Esto ha desafiado el *ethos* de los derechos humanos y del DIH –politizándolo– y ha influido en la forma en que los Estados y, por lo tanto, las organizaciones internacionales y los actores no estatales, entienden la gobernanza en tiempos de crisis, orientándola a menudo a priorizar la respuesta a supuestas amenazas de seguridad en lugar de las necesidades humanitarias⁷⁰.

Así pues, en el noroeste de Siria existe la preocupación de asistir a población bajo territorio controlado por grupos terroristas, y algunos se plantean si esta no está

66 Entrevista n.º 5. Responsable de ONG médico-humanitaria internacional, febrero de 2018 en Gaziantep (Turquía).

67 SAMS. «SAMS condemns violations of medical neutrality in Idlib». *ReliefWeb*. 2018.

68 Entrevista n.º 1. Oficial A de la OMS, febrero de 2018 en Gaziantep (Turquía).

69 WHITTALL, Jonathan. «The Politics of Health in Counterterrorism Operations». Sitio web *MSF Analysis, Reflections on humanitarian action*. 2018.

70 FIDLER, David P. «Governing catastrophes: security, health and humanitarian assistance». *International Review of the Red Cross*, vol. 89, n.º 866. 2007, pp. 247-270.

reemplazando la lógica humanitaria. Los donantes obviamente no se encuentran cómodos con la financiación de proyectos en entornos controlados por grupos terroristas. Y es que mientras que en toda crisis existe un precio a pagar por asistir a la población, ya sea a señores de la guerra o gobiernos corruptos, el entorno actual de lucha antiterrorista genera mayores dudas al respecto ya que se habla de consecuencias penales⁷¹.

Ante tal planteamiento, es importante que el derecho a la salud y la garantía del derecho de la guerra prevalezcan sobre la agenda internacional antiterrorista. Para ello, el DIH en el artículo 3 común a los cuatro convenios de Ginebra, otorga el término «parte en el conflicto» a los grupos armados no estatales y los obliga a respetar las garantías humanitarias fundamentales. De esta forma genera espacio para que los actores humanitarios asistiendo a población en zona controlada por estos grupos, estén bajo el amparo de la legalidad al estar tratando con una parte del conflicto y no con un grupo terrorista⁷². Así, las preocupaciones antiterroristas deberían evitar impedir la asistencia humanitaria, la cual siempre encuentra amparo en el derecho internacional.

Mecanismos de rendición de cuentas

En cuanto a los mecanismos de rendición de cuentas, las autoridades y las instituciones encargadas del diseño y la implementación de las estrategias de salud pública para el noroeste de Siria, rinden cuentas entre sí, aunque aparentemente no de forma óptima, pero todavía faltaría un par de elementos que garanticen la calidad mínima de esta rendición de cuentas: por un lado, posibilidad de acceder a la opinión del beneficiario en términos de satisfacción, y por otro, mayor capacidad de verificar la calidad de las actividades médicas⁷³.

Este análisis nos indica que, en el caso del noroeste de Siria, pese los programas de coordinación y de gobernanza que tanto donantes como instituciones multilaterales han desarrollado con tanto empeño junto con los actores sirios clave; el sistema de gobernanza de salud no alcanza la eficiencia esperada debido a las dificultades mencionadas. Y es que el conflicto y su carga política impiden la necesaria transparencia y coordinación. Como resultado no se contribuye a la mejora de la disponibilidad, de acceso, de calidad de servicios y de rendición de cuentas para con los beneficiarios, entre los que se encuentran millones de desplazados en

71 PANTULIANO, Sara; MACKINTOSH, Kate; ELHAWARY, Samir, et al. «Counter-terrorism and humanitarian action». Policy, 2011.

72 BOUCHET-SAULNIER, Françoise. «Le consentement à l'accès humanitaire: une obligation déclenchée par le contrôle du territoire et non par les droits de l'État». *Revista de la Cruz Roja Internacional*, volumen 96, selección francesa. 2014/1.

73 Entrevista n.º 5. Responsable de ONG médico-humanitaria internacional, febrero de 2018 en Gaziantep (Turquía).

situación crítica⁷⁴. En definitiva, no se permite un cumplimiento total del derecho a la salud.

Conclusiones

En el noroeste (y gran parte) de Siria el derecho a la salud no se respeta y se viola frecuente e intensamente. Por un lado, para que el derecho a la salud sea garantizado como un derecho humano ha de ser imparcial, justo e inclusivo. Para que esto ocurra, han de cumplirse los siguientes requisitos; disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios de salud, así como la existencia de mecanismos de rendición de cuentas. Desafortunadamente, no es el caso. Por otro lado, en el marco del DIH, el derecho a la salud se constituye de tres pilares; la asistencia, la protección y el respeto a los principios de distinción y de proporcionalidad. Pero los constantes ataques a infraestructuras médicas, los asedios y la negación del acceso humanitario, derrumban estos pilares. Mientras que las violaciones del DIH son consecuencia directa del conflicto armado, la falta de respeto del derecho a la salud como derecho humano, se explica además por problemas de gobernanza tanto cuantitativos –falta de organismos adecuados– como cualitativos –falta de calidad de los organismos existentes en términos de eficiencia y coordinación–. Esto deja en situación de especial vulnerabilidad a millones de personas, y en especial a los desplazados, que sufren de forma exacerbada las consecuencias del conflicto.

Así, la crisis siria se trata de un caso pertinente a estudiar no solo por su triste y evidente violación y falta de respeto al derecho a la salud, sino por la particularidad del modelo de respuesta médico-humanitaria basado en la resolución del CSNU del cruce de fronteras, y su resultante sistema de gobernanza de la salud.

Mientras que, según la OMS, la gobernanza en el sector de la salud se refiere a una amplia gama de funciones relacionadas con la dirección y la elaboración de normas en cuestiones de política de salud que conduzcan a la cobertura sanitaria universal, en situaciones de crisis humanitaria estas funciones se cumplen con deficiencia. Y así ocurre en la crisis del noroeste de Siria, donde en línea con la inexistencia de modelos estándar y óptimos de gobernanza de salud en crisis humanitarias, no se ha dado con la fórmula capaz de desarrollar un modelo que garantice una gobernanza de la salud eficiente.

Dicho esto, la gobernanza de la salud en el noroeste de Siria es una proyección del sistema de gobernanza sociopolítico de guerra que se ha desarrollado a lo largo del conflicto. Como tal su complejidad reside en la diversidad de actores con intereses distintos que interactúan en mayor o menor grado a través de distintas plataformas y dentro de cada una de las distintas perspectivas en función de sus

74 AKBARZADA, Sumaira; MACKEY, Tim K. «The Syrian public health and humanitarian crisis: A 'displacement' in global governance?». *Global public health*, vol. 13, n.º 7. 2018, pp. 914-930.

intereses. Estos intereses y su derivada alta carga política, contribuyen a una serie de disfuncionalidades en el sistema que impiden el alcance de la eficiencia esperada según los criterios de la OMS; la falta de dirección estratégica de salud pública eficiente, la incapacidad de corregir tendencias y distorsiones indeseables en el sistema de salud, la falta de transparencia y coordinación en la regulación de provisión de fondos y servicios, la falta de mecanismos eficaces de rendición de cuentas. Pese a que el sistema de gobernanza de salud en cuanto a recursos, actores y plataformas es sólido en la teoría, en la práctica las tensiones políticas además de las omnipresentes consecuencias directas del conflicto impiden esta solidez. Como resultado no se contribuye a la mejora de la disponibilidad, de acceso, de calidad de servicios y de rendición de cuentas para con los beneficiarios, entre los que se encuentran millones de desplazados en situación crítica. En definitiva, no se permite un cumplimiento total del derecho a la salud.

Mientras que la inestabilidad político-militar y sociopolítica es un factor clave de desestabilización y principal causante de las violaciones de derechos humanos, la gobernanza de la salud en el noroeste de Siria queda de alguna forma disfuncional y en consecuencia incapacitada para garantizar el derecho a la salud. Y es que en periodo de conflicto y con niveles tan altos de violencia, resulta casi imposible mantener una gobernanza sólida y capaz de ello. Así, por un lado, para que cesen las violaciones del DIH y del derecho a la salud como derecho humano sería necesario el cese del conflicto. Por otro, un sistema de gobernanza sólido que cuente con el necesario número de estructuras/organismos capaces de coordinar de forma eficaz, transparente e inclusiva la respuesta sanitaria haría frente a los gaps de cumplimiento de derecho a la salud mencionados y contribuiría a garantizar el derecho a la salud para la población más vulnerable del conflicto, y en especial para las personas desplazadas.

Recomendaciones

Por último, se proponen las siguientes recomendaciones a los actores que juegan un rol clave en la gobernanza de la respuesta médico-sanitaria y en la garantía del derecho a la salud.

A donantes y organizaciones implementadoras para una mejor gobernanza en la respuesta sanitaria:

- Mantener los niveles de inversión tanto en la respuesta como en los organismos de gobernanza, desarrollando estrategias paralelas y coordinadas capaces de fomentar la gobernanza al tiempo que responden a las necesidades inmediatas, y dedicando recursos al desarrollo de capacidades locales.
- Más mecanismos de control de envío y uso de recursos para evitar los daños en términos de corrupción y dilemas legales que la economía de guerra produce.
- Mayor nivel de atención a la población desplazada y más vulnerable, en especial en el ámbito del acceso a la salud primaria y preventiva (vacunas) y en la salud secundaria (salud reproductiva, salud mental y enfermedades infecciosas).

- Las plataformas de gobernanza deben intentar distanciarse en la medida de lo posible de asuntos políticos que no prioricen y centren la atención en la salud de la población. Asimismo, han de maximizar la coordinación entre ellas, incluido con las plataformas de otros centros operacionales y de la «totalidad de Siria».
- Maximizar la canalización de recursos a través de las autoridades de salud con el fin de fortalecer los órganos de gobernanza y respuesta que debieran y deberán garantizar el cumplimiento del derecho a la salud.
- Mantener un balance equilibrado entre energía dedicada a responder a las necesidades de salud inmediatas, y atención otorgada a las preocupaciones antiterroristas.

A las partes beligerantes y países vecinos para incrementar el respeto y cumplimiento del derecho a salud:

- Conciencia, conocimiento y respeto al derecho internacional, en concreto al DIH y los derechos humanos, y en especial a la neutralidad e imparcialidad esenciales para la asistencia de la población.
- Entender que el acceso y la proximidad al paciente es esencial para operaciones sanitarias de calidad, y por tanto priorizarlo y permitirlo.
- Facilitar la coordinación entre actores de salud ya sean humanitarios o político-administrativos.

Mientras que obviamente la guerra es un factor que impide la gobernanza de la salud y asimismo la garantía del derecho a la salud, existe espacio de mejora en manos de los donantes, implementadores y reguladores. Estos, aunque limitados a la hora de evitar violaciones del DIH y de los derechos que son consecuencia directa del conflicto armado, sí podrían incrementar la eficiencia y adecuación de la gobernanza y por ende del derecho a la salud, en cuanto a su cumplimiento se refiere; salud imparcial, justa e inclusiva.

Anexos

Anexo I. Ejes de las entrevistas no estructuradas

En el marco de la preparación de una ponencia que el autor realizó el pasado mes de marzo de 2018 como parte de un «Panel sobre la Crisis migratoria en el Mediterráneo», dentro de la 9.^a Conferencia en Salud Global, celebrada en la Columbia University de Nueva York y organizada por el Consorcio de Universidades para la Salud Global (CUGH), en febrero de 2018 el autor llevó a cabo cinco entrevistas a especialistas en salud pública y ayuda humanitaria, trabajando en ese momento en la respuesta a la crisis del noroeste de Siria para donantes, agencias de Naciones Unidas y ONG.

Las entrevistas se realizaron de forma no estructurada y confidencial, dado el carácter político y sensible del contenido de las preguntas y respuestas que en ella se acontecieron. El objetivo de estas entrevistas era el de analizar junto a estos especialistas, la

situación en la que se encontraba el cumplimiento del derecho a la salud visto desde varias perspectivas; y el impacto de la carga política del conflicto sirio, tanto local como internacional, en el trabajo de cada uno de los entrevistados y en la respuesta médico-humanitaria regional. Con el conocimiento por parte de los entrevistados de que la información de las conversaciones tendría un fin académico, estas giraban en torno a la percepción y a la falta de respeto del derecho a la salud, así como a las disfuncionalidades y el peso político del sistema de gobernanza de salud en el noroeste sirio.

1. Entrevista n.º 1. Oficial A de la OMS, febrero de 2018 en Gaziantep (Turquía).
2. Entrevista n.º 2. Oficial B del UNFPA, febrero de 2018 en Gaziantep (Turquía).
3. Entrevista n.º 3. Oficial de un donante humanitario europeo, febrero de 2018 en Gaziantep (Turquía).
4. Entrevista n.º 4. Responsable de ONG médico-humanitaria siria, febrero de 2018 en Gaziantep (Turquía).
5. Entrevista n.º 5. Responsable de ONG médico-humanitaria internacional, febrero de 2018 en Gaziantep (Turquía).

Artículo recibido: 29 de mayo de 2019.

Artículo aceptado: 4 de octubre de 2019.
